

MRI・CT・BMD 依頼票 (診療情報提供書)

②紹介状として患者様にお渡しください

依頼元機関名	診療科名	ご担当医師
---------------	-------------	--------------

患者様情報 むさしの救急病院 カルテNo.()

ふりがな _____ 生年月日 _____ 年 月 日生

患者氏名 _____ 様 男・女 (西暦 _____ 年)

日中連絡のとれる電話番号 _____ - _____ 貴院カルテNo.()

予約日時

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 午前 _____ 午後 _____ 時 _____ 分より

検査 20 分前までにご来院ください

検査区分・部位

<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 頭部 () <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) <small>※各部同時には行いません</small> <input type="checkbox"/> 頸部 (頸動脈・甲状腺等) <small>※各部同時には行いません</small> <input type="checkbox"/> 上腹部 (肝・MRCP・膵・腎) <small>※各部同時には行いません</small> <input type="checkbox"/> 骨盤腔 (前立腺・子宮卵巣) <input type="checkbox"/> 四肢 () その他具体的な位置 ()	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 頭部 () <input type="checkbox"/> 頸部 () <input type="checkbox"/> 胸部 () <input type="checkbox"/> 腹部 (上腹部・骨盤腔) <small>※同時に行えます</small> <input type="checkbox"/> 四肢 ()	<input type="checkbox"/> BMD (骨密度) ※原則 腰椎・左大腿骨頭部の 2部位で測定いたします 明らかな圧迫骨折・金属等 がある部位は除外した結果、 または反対側での測定結果 をご提出いたします
--	---	---

読影・結果

CT・MRIは読影が付きます
画像をCD-Rでお渡しします

骨密度は結果用紙
医師用2枚 患者様用1枚
をお渡しします

むさしの救急記入欄

読影依頼

CD-R

BMD結果用紙

撮影者 _____

検査目的・疾患名・症状・シエーマ等

患者様の情報

別紙による体内金属の確認 済 (_____) (_____)

金属がある場合の名称・種類 _____ 留置した時期 _____

妊娠の可能性 無 有 (検査不可の場合があります)